



آنتروکولیت نکروزان

- آنتروکولیت نکروزان بیماری التهابی حاد روده با شیوع بالا در نوزادان زودرس و سایر شیرخواران پرخطر است.
- شایعترین اورژانس خطرناک دستگاه گوارش در دوره نوزادی است.
- میزان بروز آن ۵-۱۰٪ در نوزادان بستری در NICU است. میزان ابتلا به این بیماری و هم میزان مرگ و میر آن با کاهش وزن تولد و سن بارداری افزایش می یابد

عوامل موثر در ایجاد انتروکولیت نکروزان

۱. ایسکمی روده
۲. تجمع باکتریهای بیماری زا
۳. وجود مواد زاید حاصل از تغذیه با شیر خشک

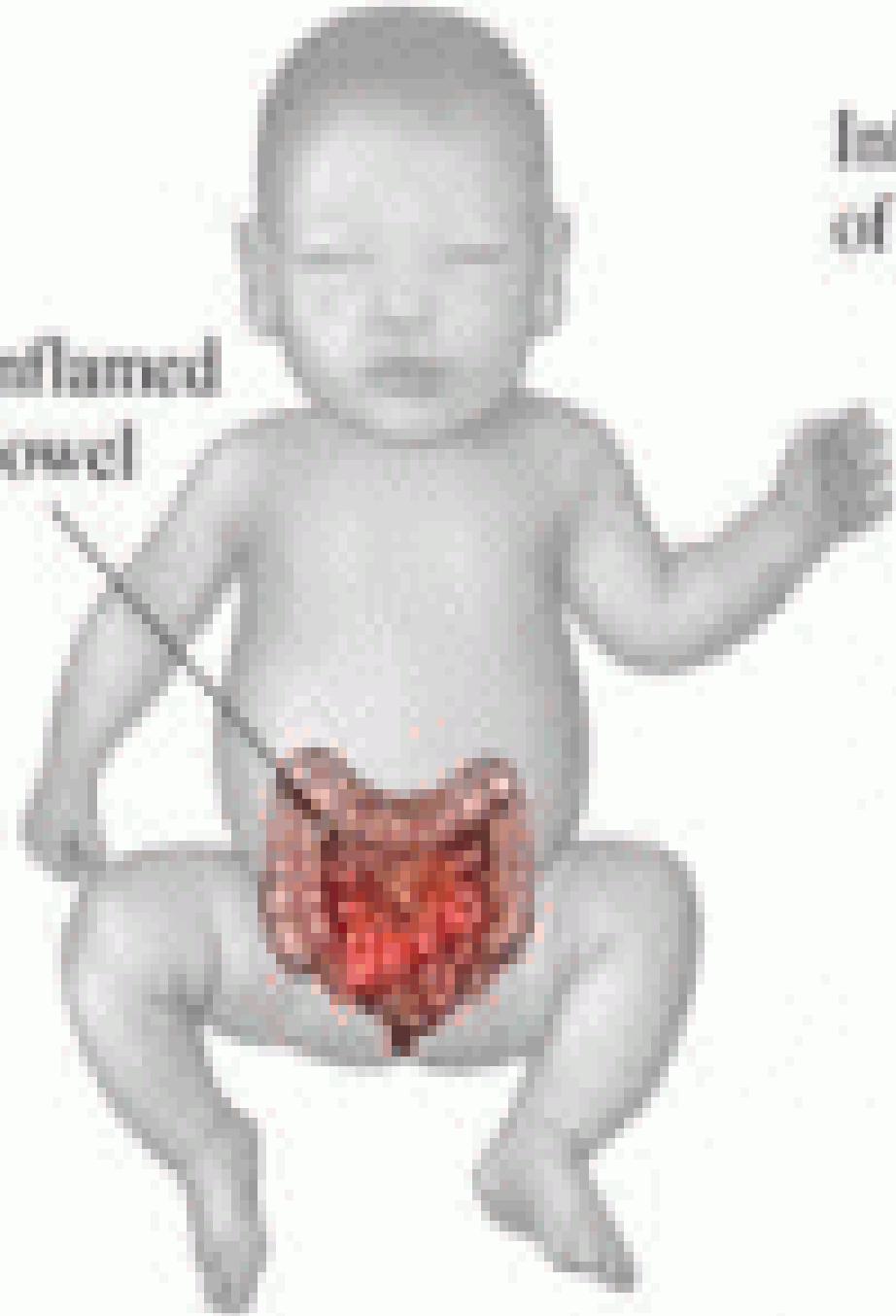
پاتو فیزیولوژی

- علت این بیماری نامشخص بوده ولی مشکلات عروقی دستگاه گوارش
- ایسکمی روده با اتیولوژی ناشناخته
- نارسایی سیستم دفاعی دستگاه گوارش
- تکثیر باکتریها و ، مواد تغذیه ای روده ای می توانند در بروز بیماری نقش داشته باشند .
- بزرگترین عامل خطر ، نارسایی نوزاد است .

پاتو فیزیولوژی

آسیب سلولهای مخاطی ← کاهش جریان خون
مرگ سلولها ← توقف ترشح موکوس ←
تهاجم آنزیم های پروتئولیتیک ← تورم و
شکندگی و نفوذپذیری مخاط ← هجوم
باکتریهای مولد گاز به نواحی آسیب دیده ←
پنوماتوز روده ای

Inflamed
bowel



Inflammation
of the mucosa



Cross section of
inflamed bowel

تظاهرات بالینی

- عوامل فوق باعث نکروز (از بین رفتن) قسمت هایی از روده، پارگی روده، سپسیس و مرگ می شوند و قسمت انتهایی روده کوچک و قسمت ابتدایی روده بزرگ بیشترین آسیب را می بینند.

شایعترین علایم

- نفخ شکم
- احتباس غذا در معده
- و خون در مدفوع است
- حال عمومی خوب نیست
- لتارژی، تغذیه ضعیف کاهش فشار خون آینه استفراغ
- کاهش بازده ادرار و هیپوترمی

- شروع بیماری در بین روزهای ۴ و ۱۰ پس از شروع تغذیه ایجاد می شود اما علائم در فاصله ۴ ساعت الی دیرتر از ۳۰ روزگی ممکن است دیده شود.
- آنتروکولیت نکروزان در نوزادان ترم در ۱۰ روز اول زندگی رخ می دهد.
- در نوزادان زودرس بیماری دیر تر و بدنبال شروع تغذیه بعد از طی فاز حاد یک بیماری مانند سندروم دیسترس تنفسی دیده می شود.

مرحله بندي انتروکوليت نکروزان مطابق Bell معيار

۱. نوزاد نشانه هايي چون صفراي بدست آمده در آسپيره معده آي، مدفوع خوني و ايلئوس دارد

۲. يك دوم نوزادان مبتلا به مرحله دوم بيماري پيشرفت مي کنند. اين مرحله بيماري با گزارشات راديوگرافيك تاييد مي شود. ۷۰ درصد اين نوزادان به جراحي نياز پيدا مي کنند که شامل بریدن روده است.

۳. انترکوليت شديد با علائم شديد بيماري بروز مي کند (پارگي روده، پريتونيت، شوک، مرگ)

تشخیص

- رادیوگرافی
- اتساع شبه سوسیپس در روده ها
- نفخ شدید
- پنو ماتوز روده ای نمای کف صابونی یا نمای حبابی دیواره ضخیم روده و مجرا
- هوای آزاد در شکم نشانه پرفوراسیون روده

یافته های آزمایشگاهی

- آنمی لکوپنی لکوسیتوز
- اسیدوز متابولیک
- عدم تعادل الکترولیتی
- در موارد شدید انعقاد منتشر داخل عروقی و ترومبوسیتوپنی
- کشت خون
- در مراحل اول بیماری امکان باکتری می یا سپتی سمی وجود ندارد.

تدابیر درمانی

- پیشگیری
- در نوزادان دچار آسفیکسی قطع تغذیه دهانی به مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت
- در نوزادان کم وزن و شدیداً کم وزن به مدت طولانی قطع تغذیه دهانی
- شیر مادر به دلیل ایجاد ایمنی غیر فعال (igA) و وجود ماکروفاژها و لیزوزیم ها رژیم انتخابی جهت تغذیه روده ای می باشد.
- تغذیه حداقل روده ای در نوزادان یا وزن کم و تولد کمتر از ۳۵ هفته می تواند خطر آنثرو کولیت را تا ۸۴٪ کاهش دهد.

تدابیر درمانی

- در موارد مشکوک و قطعی بیماری باید هر چه زود تر درمان جدی شروع شود .
- قطع تغذیه ، رفع اتساع معده با گذاشتن لوله بینی – معده ای و تخلیه ترشحات و تجویز مایعات داخل وریدی رفع کاهش حجم مایعات و اختلالات الکترولیتی و اسید و بازو هیپوکسی از جنبه های مهم درمان هستند.
- پس از گرفتن نمونه های لازم برای آزمایش ، آنتی بیوتیک نیز شروع می شود .
- رادیو گرافی های منظم شکم جهت کنترل از نظر پرفوراسیون و نیز مشورت با یک پزشک جراح انجام می شود.

پیش آگهی

- با تشخیص و درمان سریع‌کنترل طبی موفقیت آمیز است.
- در صورت وخامت یا ملاک‌هایی از پرفوراسیون از جراحی رزکسیون و اناستوموز استفاده می شود. ایلئوستومی ژژنوستومی یا کلهستومی در درگیری وسیع
- عوارض: سندروم روده کوتاه، تنگی توام با انسداد کولون سوئ جذب چربی و نارسایی در رشد
- پیوند روده

تدابیر پرستاری

- تشخیص سریعتر
- به دلیل تشابه علایم زیاد علایم با سایر اختلالات دوران نوزادی پرستاران همیشه احتمال وجود این بیماری را در نظر داشته باشند.
- اندازه گیری دور شکم از نظر نفخ ، کنترل حجم باقیمانده محتویات معده قبل از تغذیه مجدد و سمع صداهاى روده
- کنترل علایم حیاتی و ارزیابی پرفوراسیون روده ، سپتی سمی یا شوک قلبی عروقی

تدابیر پرستاری

- ممنوعیت کنترل حرارت از مقعد
- جهت اجتناب از فشار به شکم نفاخ و امکان مشاهده مداوم غالبا از دیایر استفاده نشده و در وضعیت خوابیده به پشت یا پهلو قرار داده می شود.
- نیاز های تغذیه ای و مایع رسانی وریدی تجویز آنتی بیوتیکها
- ۷ تا ۱۰ روز پس از شروع در مان تغذیه دهانی می شود. شروع با آب استریل یا محلول الکترولیت و شیر رقیق شده انسان یا شیر های رژیمی مانند پرژست میل ادامه می یابد. با تحمل نوزاد غلظت شیر اضافه می شود.

تدابیر پرستاری

- کنترل عفونت
- شستشوی دقیق دستها
- ایزوله کردن در موارد تشخیص قطعی
- در صورت جراحی مراقبت جراحیهای شکم
- مراقبت از استومی بررسی عوارض : سپتیسمی ، انعقاد منتشر داخل عروقی هیپوگلیسمی و سایر تغییرات متابولیکی